

|  |
| --- |
| **DEMANDE DE SERVICE****2021-2022****Pour des raisons de confidentialité,** **veuillez nous retourner ce formulaire par courriel à :****integration@parrainagemontreal.org** **ou par la poste à l’adresse suivante :****Parrainage Civique Montréal****Coordinatrice des programmes d’intégration, jumelage et de la sensibilisation citoyenne** **Cécile Vargas****4450, rue St-Hubert, 3ème étage, bureau 333****Montréal, Québec** **H2J 2W9** |



**Politique d’admissibilité des personnes filleules**

Certains comportements ou attitudes préjudiciables aux personnes impliquées dans la relation de jumelage peuvent être des facteurs d’exclusion.

**Pour bénéficier des services du Parrainage Civique, la personne doit respecter certains critères :**

1. Personne vivant avec une déficience intellectuelle et/ou trouble du spectre de l’autisme âgée d’au moins 18 ans.

2. Présenter une demande sur une base volontaire. La personne peut toutefois avoir été recommandée par une autre organisation, encouragée à nous contacter ou être accompagnée dans sa démarche.

3. Avoir le goût et l’intérêt de développer une relation d’amitié respectueuse avec un bénévole.

4. Savoir se comporter de façon adéquate en société.

5. Ne pas présenter de trouble de comportement majeur : agressivité, violence physique et psychologique, perversion, pédophilie, manipulation.

6. Démontrer une certaine stabilité (par exemple sur le plan du lieu de résidence, des activités, des relations).

7. Fournir toutes les informations concernant l’état de santé de la personne filleule, ainsi que tous changements (exemples : nouveau diagnostic, nouvelle médication, etc.)

8. Ne posséder aucun antécédent judiciaire.

9. Être exempt de tout problème d’alcoolisme ou de toxicomanie depuis 3 ans.

10. Démontrer que le besoin exprimé par la personne correspond à notre mission. Il ne s’agit pas du remplacement d’un service non disponible ou non rendu par d’autres ressources (ex. : visite d’amitié, d’accompagnement, de répit ou d’aide familiale).

11. Avoir un contact d’urgence.

La responsable de l’intégration de l’organisme se réserve le droit de refuser une personne si elle ne peut pas assurer sa propre sécurité ou qu’elle nécessite une prise en charge trop lourde pour les agents du PCM.

À noter : un jumelage peut prendre parfois plusieurs années avant de se réaliser.

|  |
| --- |
| **Ce formulaire de demande de service s'adresse à toute personne désirant être parrainée. Il est important, pour vous assurer le meilleur service possible, de le compléter en fournissant le plus de détails sur la situation actuelle**. **Il est à noter que nous communiquerons aux bénévoles potentiels toutes informations pertinentes à la relation de jumelage.** |
|  |
| **Veuillez, s'il vous plaît, cocher le choix de réponse qui correspond à votre situation** |
| ☐ Je m'adresse à Parrainage Civique Montréal pour la première fois |
| ☐ Je suis déjà sur votre liste d'attente (Actualisation de la demande de service) |
| ☐ Je désire participer à un nouveau jumelage |
|  |
| **Signature de la personne filleule ou de son représentant légal** | **Date** |
|  |  |
|

|  |
| --- |
| **Champ réservé à PCM** |
|  |

 |
| **PERSONNE FILLEULE (désirant être parrainée)** |
| **Prénom** |  |
| **Nom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **N° Assurance maladie** |  | **Expiration** |  |
| **Adresse** |   |
| **Ville** |  | **Code postal** |  |
| **Quartier** |  |
| **Téléphone** |  |  |
| **Courriel**  |  |  |
| **De quel CRDI relève-t-elle?** |  |
| **PERSONNE RESPONSABLE DE LA DEMANDE** |
| **Prénom** |  |
| **Nom** |  |
| **Titre** |  | **Organisme** |  |
| **Adresse** |  |
| **Ville** |  | **Code postal** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Courriel** |  |
| **Lien avec la personne** |  |
|  |
| **Personne en cas d’urgence et lien avec la personne** |  |
| **N° de téléphone 1** |  |
| **N° de téléphone 2** |  |
|  |
| **Signature du responsable de la demande**  | **Date** |
|  |  |
|  |
| **Pour mieux connaître la personne filleule, veuillez cocher pour chaque catégorie la ou les cases qui correspondent le mieux à sa situation. Prendre le temps de préciser si besoin dans les cases correspondantes.** |
| **Niveau de déficience** | **Type de résidence** |
| ☐ Légère☐ Moyenne☐ Sévère | ☐ Appartement autonome☐ Appartement supervisé☐ CHSLD☐ Famille naturelle☐ Foyer de groupe☐ Institution☐ Pension☐ Résidence communautaire☐ Résidence intermédiaire☐ Autre |
| **Autres** |
| ☐ Trisomie |
| ☐ Handicap (Précisez) |
|   |
| ☐ Trouble du Spectre de l’autisme |
|  |
|
| **Animaux** |
| ☐ Est à l’aise avec les animaux☐ Vit avec un animal : ………….. |
| ☐ Trouble du comportement (Précisez) | **Déplacement** |
|  | ☐ Peut marcher sans problème☐ Peut marcher jusqu’à 30 minutes☐ Peut marcher que sur de courtes distances☐ Difficultés en hiver☐ Difficultés avec les escaliers☐ Utilise une marchette☐ Utilise un fauteuil roulant |
| ☐ Santé mentale (Précisez)  |
|  |
| **Communication non verbale** | **Communication verbale** |
| ☐ Mimiques☐ Sons☐ Gestes☐ Langage des Signes Québécois | ☐ Exprime sa pensée et ses émotions☐ Aime converser☐ Échange de courtes phrases concrètes☐ Prononce quelques mots |
| **Transport** |  |
| ☐ Seule en transport en commun☐ Seule en transport en commun avec explications☐ Accompagnement requis☐ Transport adapté☐ Capable de se déplacer seul pour rencontrer sa marraine/son parrain à un point de rencontre☐ Vit prêt d’un métro, si oui lequel? |  |
| **Langue parlée** | ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres(Précisez) |
|  |
|  **N° Transport Adapté (si titulaire)** |  |
| **Santé \*** | **Autonomie au quotidien (préciser)** |
| ☐ Diabétique☐ Cholestérol☐ Porteur d’hépatite☐ Épileptique (Précisez)☐ Fumeur | ☐ Autonome☐ Besoin de supervision et de conseils à l’occasion :☐ Besoin de supervision dans ses activités quotidiennes :☐ Besoin d’aide dans ses activités quotidiennes :Précisez : |
| Précisez : |
| **Existe-t-il des aliments qu’il est préférable d’éviter?**  | **Contact avec la famille** |
| ☐ Allergie (gravité et symptômes)☐ Aliments | ☐ Pas de contact☐ Contact occasionnels☐ Contact régulier |
| **Précisez :** | **Précisez :** |
|  |  |
|
| **MÉDICATION** |
| **Médicaments****(nom)** | **Posologie****(Combien de fois par jour)** | **Raison pour la prise de médicaments (maladie)** |
|   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Trait de caractère** | **Sociabilité** |
| ☐ Affectueux☐ Calme☐ Attachant☐ Enjoué☐ Autres (précisez) | ☐ Sociable, va vers les gens☐ Bonne relation avec les pairs☐ Réservé mais accepte les contacts☐ Peu de contact☐ Autres (précisez)  |
|  |  |
| **Propreté** |
| ☐ Bonne hygiène☐ A besoin de supervision | Précisez le type de supervision : |
| **INTÉRÊTS ET LOISIRS** |
| **SPORTS** | **LOISIRS** | **ACTIVITÉS CULTURELLES** |
| ☐ Aime en général☐ Vélo☐ Quilles☐ Natation☐ Soccer☐ Ballon☐ Patin☐ Glissade☐ Hockey☐ Autres (précisez) | ☐ Aime en général☐ Arts plastiques☐ Télévision☐ Restaurant☐ Promenade☐ Danse☐ Jeux de société☐ Casse-tête☐ Lecture☐ Jeux vidéos☐ Autres (précisez) | ☐ Aime en général☐ Spectacle☐ Festival☐ Musique (précisez)☐ Cinéma☐ Exposition☐ Tourisme☐ Autres (précisez) |
| **Donnez une brève description de la personne filleule (précisez si pour les intérêts nommés ci-dessus, la personne filleule pratique couramment cette activité)** |
|  |
|  |
| **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** |
| **Résidence de la personne filleule** |
| **La personne demeure** | ☐ Seule ☐ Avec d’autres personnes |
| **Nom d’une personne ressource habitant avec la personne filleule** |
| (si identique à la personne responsable de la demande de service, cocher ☐) |
|  |
| **Lien avec la personne** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Occupation de la personne filleule (précisez)** |
| ☐ Atelier |  |
| ☐ École |  |
| ☐ Travail autonome |  |
| ☐ Autre |  |
| **Situation juridique de la personne filleule** |
| ☐ Personne responsable pour elle-même☐ Curatelle☐ Tutelle au majeur☐ Autre |
| **Nom tuteur ou curateur** |  |
| **Autres** |
| **Niveau de scolarité de la personne filleule** |
| ☐primaire ☐secondaire ☐collégial ☐universitaire ☐éducation des adultes ☐autre (précisez) |
|
| **Sait-elle lire ?** |  |
| **Sait-elle écrire ?** |  |
| **Sait-elle compter ?** |  |
| **Quel est son statut socio-économique (revenu annuel)**  |
|  |
| **La personne a-t-elle des antécédents judiciaires ?** ☐ Oui ☐ Non |
| **Éléments supplémentaires** |
| **A-t-elle des phobies, des fixations, des rituels ?** |
|  |
| **A-t-elle été victime d’un type de violence qui a pour conséquence d’affecter sa relation avec les autres, si oui précisez ?** |
|  |
| **Les parents ou les proches sont-ils au courant de la présente demande de parrainage ? Si oui, sont-ils d’accord ?** |
|  |
|  |
| **ATTENTE FACE AU JUMELAGE** |
| **Quelles sont les raisons qui motivent cette demande de service ?**Numérotez de 1 à 3 / 1 étant la plus importante. |
|  | La recherche d’une personne significative |
|  | Le désir de briser l’isolement |
|  | Le besoin de créer un réseau social |
| **Précisez** |  |
| **Quels sont les objectifs de cette demande?**Numérotez de 1 à 5 / 1 étant la plus importante. |
|  | Favoriser l’autonomie |
|  | Faire de nouveaux apprentissages |
|  | Faire plus de sorties |
|  | Développer des habiletés sociales |
|  | Favoriser l’affirmation de soi |
| **Précisez** |  |
| **Ces objectifs sont-ils les mêmes que ceux du Plan de Services Individualisé ?** Si non, pourquoi ? | ☐ Oui☐ Non |
|  |
| **Préférence pour le jumelage** |
| ☐ Marraine ☐ Parrain ☐ Sans préférence |
| **Vous préférez que les sorties aient lieu** |
| ☐ Jour ☐ Soir ☐ Fins de semaine |
| **Précisez** |  |
| **La personne filleule est-elle au courant de la demande de parrainage ?**Si non, pourquoi ? | ☐ Oui☐ Non |
|  |
|  |
| **ENCADREMENT PROFESSIONNEL** |
| **La personne filleule a-t-elle des contacts réguliers avec des professionnels du réseau de la santé ?**  |
| ☐ Oui ☐ Non | **Si oui, veuillez préciser** |
| **Personne 1** |
| Nom  |  |
| Profession  |  |
| Organisme  |  |
| Téléphone  |  |
| **Personne 2** |
| Nom  |  |
| Profession  |  |
| Organisme  |  |
| Téléphone  |  |
| **Chef de service (S’il y a lieu)** |
| Nom  |  |
| Profession  |  |
| Organisme  |  |
| Téléphone  |  |

Merci de votre précieuse collaboration

 

**CONSENTEMENT**

 J'affirme avoir mis au courant les parents ou les tuteurs légaux de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom de la personne filleule) de la demande de service faite auprès de Parrainage Civique Montréal.

J'affirme également que ces derniers sont en accord avec un éventuel jumelage entre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom de la personne filleule) et un(e) bénévole de cet organisme.

En foi de quoi, ce document a été signé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne filleule ou du responsable

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autre que la personne filleule : fonction ou lien avec la

personne filleule ci-haut nommée



Montréal, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objet :** Engagement entre PCM et la personne responsable de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom de la personne filleule)

Chère Madame, cher Monsieur,

Parrainage Civique Montréal (PCM) est un organisme sans but lucratif qui consacre, depuis 1979, ses efforts à intégrer dans la communauté des personnes ayant une déficience intellectuelle. À ce jour, plus d'un millier de personnes de la grande région de Montréal ont bénéficié directement de nos services de soutien, de consultation et de formation. Les citoyens bénévoles jouent un rôle fondamental auprès de notre clientèle. Ce sont principalement des membres de la communauté, qui ont le désir de partager du temps, des loisirs et une belle relation d'amitié avec des personnes ayant des besoins spécifiques.

PCM s’est doté de critères afin que les personnes en liste d’attente puissent maintenir leur inscription. Toute personne, inscrite sur la liste d’attente, doit répondre aux 3 critères suivants afin de demeurer sur la liste :

1. **participer à une des activités organisées pour les personnes qui sont en attente d’un jumelage, et ce, à chaque année (voir le calendrier du Parrainage),**
2. **actualiser la demande de service de la personne sur la liste d’attente tous les ans afin de maintenir le dossier à jour.**
3. **Payer son adhésion annuel de $12 pour être membre régulier du PCM et ainsi bénéficier des activités des membres même lorsqu’en attente de votre membership.**

Pour les personnes en liste d’attente, le fait d’omettre de répondre à un ou deux de ces critères, oblige le PCM à fermer le dossier de cette personne. **De plus, cette personne devra** **attendre un minimum d’un an avant de faire une nouvelle demande de service auprès de PCM.**

C’est dans cette optique que PCM souhaite un engagement de votre part afin de vous assurer que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom de la personne filleule) répondra aux 3 critères énoncés plus haut. De plus, nous aimerions que vous nous teniez au courant des changements dans le dossier de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tout changement d’adresse, de numéro de téléphone, d’éducateurs, de CRDI et/ou tout nouveau détail concernant sa santé).

Merci de votre collaboration auprès de PCM.

En foi de quoi, ce document a été signé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_.

Responsable de la personne filleule : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable du Programme d’intégration : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Autorisation échange de renseignements personnels**

**PERSONNE FILLEULE**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(nom de la personne filleule en lettre moulées)**

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorise, par la présente, **Parrainage Civique Montréal**, à échanger des informations me concernant avec ma marraine/mon parrain, mes intervenants, ma famille et/ou toute autre personne pertinente.

Cette autorisation est valable aussi longtemps que je ne donne un avis contraire, par écrit.

En foi de quoi, ce document a été signé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature personne filleule ou responsable

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si autre que la personne filleule : fonction ou lien avec la

personne filleule ci-haut nommée



**FICHE D’AUTORISATION PUBLICATION PHOTO / VIDÉO**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(nom de la personne filleule en lettre moulées)**

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorise, par la présente, **Parrainage Civique Montréal** à utiliser, à reproduire et à diffuser une photographie de (nom de la personne filleule), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dans le but de faire la publicité de l’organisme, de promouvoir ses activités ou toute autre action jugée pertinente, et ce, sans aucune réclamation de ma part.

Cette autorisation est valable aussi longtemps que je ne donne un avis contraire, par écrit.

En foi de quoi, ce document a été signé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature personne filleule ou responsable Date

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si autre que la personne filleule : fonction ou lien avec la personne filleule ci-haut nommée